

## TRATAMIENTO DE FOBIA A TRAGAR: ESTUDIO DE UN CASO

### TREATMENT OF PHAGOPHOBIA: A CASE STUDY

M.<sup>a</sup> EMILIA GÓMEZ MAYORGA Y M.<sup>a</sup> VICTORIA DEL BARRIO GÁNDARA

Servicio de Psicología Aplicada. Universidad de Educación a Distancia (UNED).

Recibido 7-6-02

Aceptado 7-7-02

#### Resumen

En este artículo se presenta un caso clínico de Fobia a tragar en una niña de 6 años. Esta fobia específica consiste en un miedo extremo a atragantarse. Este tipo de fobia obliga a la paciente a restringir el consumo y tipo de alimentos. En este caso la paciente tomaba tan solo purés y líquidos, empleando en ello una gran cantidad de tiempo, con intenso malestar y esfuerzo y no de forma voluntaria. Tras descartar un posible problema físico (la realizaron una exploración gastroscópica), los padres solicitan ayuda al Servicio de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la UNED, pues la niña pierde peso gradualmente y no come apenas desde hace 2 meses. Después de la evaluación, se elaboró un programa de tratamiento incluyendo técnicas cognitivas y conductuales. Los resultados ponen de manifiesto el éxito conseguido tras 10 semanas de tratamiento. Los objetivos terapéuticos conseguidos se mantienen al año del alta de la paciente.

#### Abstract

In this paper, a case study of «swallow» phobia in a 6 year-old girl is presented. This specific phobia consists of an extreme fear of choking. In this kind of phobia one cuts down on the intake of food and changes the way of swallowing (basic food is generally easier to be swallowed). When possible physical disorders were left out by means of medical explorations, her parents asked for help to the Service of Applied Psychology in the Faculty of Psychology (UNED). At that time the girl had lost weight gradually and had rarely eaten for 2 months. After the assessment period, a mixed psychological treatment was elaborated using cognitive and behavioural techniques. The therapeutic goals obtained remain the same after one year follow-up.

**Palabras clave:** Infancia, Fobia específica, miedo a atragantarse, tratamiento.

**Key Words:** Childhood, specific phobia, fear to choke, treatment.

## 1. Introducción

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos y situaciones concretas. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no suele ocurrir en el caso de los niños. En la mayoría de las veces el estímulo fóbico es evitado, aunque a veces puede exponerse, pero con sumo terror. El miedo o ansiedad anticipatoria excesiva y el comportamiento de evitación interfieren significativamente en las actividades cotidianas de la vida del sujeto o provocan un malestar significativo.

Las fobias específicas suelen coexistir con otros trastornos de ansiedad, si bien en estos casos no suelen constituir el motivo de consulta, ya que producen mucho menos malestar e interfieren notoriamente menos en las actividades del individuo que el diagnóstico principal de trastorno de ansiedad. En niños frecuentemente se asocia con trastorno de ansiedad por separación y con el antiguo trastorno de hiperansiedad (Sandín, 1997). Tomando en conjunto los principales estudios epidemiológicos (población no clínica), la mayoría de éstos sitúan la prevalencia entre el 2 y el 4 por ciento de la población de niños y adolescentes. Los estudios con población clínica, en cambio, sugieren que la prevalencia es de 7% de niños y adolescentes remitidos a tratamiento psicológico. Se asocian más frecuentemente al género femenino, lo cual sugiere la existencia de una cierta determinación biológica neuroendocrina y también una mayor aceptación social de los miedos para éstas.

La edad de comienzo de las fobias específicas suele situarse durante la niñez (APA, 1994) y tiende a asociarse temporalmente con las edades de inicio de los miedos. El origen de los miedos en niños constituye un fenómeno evolutivo normal asociado al desarrollo del niño, cuya finalidad es adaptativa, el problema surge cuando el miedo no desaparece, se intensifica y se

convierte en fobia. La no habituación o deshabituación se piensa puede estar potenciada por factores constitucionales (temperamento, herencia, etc.) y ambientales (experiencias de aprendizaje) (Del Barrio, 2002).

Desde el punto de vista constitucional se ha aportado importante evidencia. Una variable muy estudiada ha sido la *inhibición conductual*, variable temperamental que puede observarse tempranamente en algunos niños y que consiste en una tendencia a reaccionar con elevada activación y retraimiento ante situaciones no familiares. La inhibición conductual se ha propuesto como un factor de vulnerabilidad hacia los trastornos de ansiedad en general. Así, los niños altos en esta variable responderían más intensamente a los estímulos naturales de miedo y ansiedad, y se extinguirían (o habitarían) más difícilmente. No obstante esta variable se ha asociado más a fobias de tipo social que a otros trastornos de ansiedad y se piensa que podría tratarse de un componente de otras dimensiones temperamentales más amplias relacionadas con este tipo de miedos como son la *ansiedad rasgo*, *el neuroticismo* y *la afectividad negativa* (King, Gullone y Ollendick, 1992; Ollendick, Yule y Ollier, 1991).

Otra variable que ha sido relacionada más específicamente con los miedos y pánico es *la sensibilidad a la ansiedad* (McNally, 1994; Sandín, Chorot y McNally, 1996). Consiste en una predisposición a interpretar las sensaciones corporales como peligrosas. Es diferente al rasgo de ansiedad, ya que ésta denota una tendencia o predisposición a reaccionar con miedo a los estresores en general. Se ha visto en muestras de niños y adolescentes su relación con el nivel de miedos y pánico (Kearney et al., 1997; Sandín et al., 1995; Silverman et al., 1991). La sensibilidad a la ansiedad facilita el condicionamiento pavloviano de miedo a las sensaciones corporales (Reiss, 1991), la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales (McNally, 1990), y el condicionamiento de miedo y evitación a las situaciones agorafóbicas (Taylor, 1995b).

Actualmente se conocen tres grandes vías asociativas no excluyentes a través de las cuales las personas pueden adquirir y/o potenciar sus respuestas de miedo fóbico: *condicionamiento*

(experiencias directas negativas), *aprendizaje vicario* (aprendizaje observacional) y *transmisión de información negativa* (instrucciones verbales). Existe bastante evidencia sobre la validez e implicaciones psicopatológicas y clínicas de estas tres formas de aprendizaje en los trastornos fóbicos (Sandín 1995; Sandín y Chorot, 1986).

No todos los estímulos tienen la misma probabilidad de convertirse en fóbicos, esto puede explicarse por la *T.<sup>a</sup> de la preparación biológica* (Seligman, 1971): Se adquiere el miedo más fácilmente a los estímulos que han representado filogenéticamente una amenaza a la supervivencia de la especie, este carácter adaptativo se refleja asimismo en el tipo de respuestas específicas presentes en las fobias.

El segundo modo de adquisición implica que las experiencias negativas pueden ser vicarias, es decir el sujeto puede haber visto a otros, en vivo o filmados, tener experiencias negativas o mostrar miedo en las situaciones potencialmente fóbicas. Cuanto mayores son el miedo y las consecuencias observadas y más significativos son los otros, mayor es la probabilidad de adquirir el miedo.

El tercer modo de adquisición es la transmisión de información amenazante, tal como aviso de familiares o personas significativas sobre peligros, información en prensa, televisión sobre accidente, enfermedades etc.. Esto está de acuerdo con algunas observaciones sobre transmisión de miedos por parte de las madres (Rachman, 1990) y con la existencia de patrones familiares de transmisión del miedo y la ansiedad (Berntein y Borchard, 1991).

Por lo que se refiere al mantenimiento de las fobias, *el condicionamiento operante* da cuenta de ello principalmente: la conducta de evitación típica de la fobia es reforzada negativamente, ya que previene la ansiedad e impide la supuesta ocurrencia de consecuencias aversivas, manteniendo de esta forma las expectativas de peligro y el no poder realizar determinadas actividades. Por otra parte la fobia también puede ser reforzada positivamente (atención, cuidados, satisfacción de las necesidades de dependencia, etc) y así, contribuir al mantenimiento de la misma. Nuevas aportaciones estarían representadas por

la Teoría de la Incubación de la ansiedad (Eysenck, 1979, 1985), que ha servido para superar el tradicional concepto a la Ley clásica de extinción. Eysenck explica que la exposición no reforzada puede mantener e incluso incrementar la respuesta de miedo, siendo necesario para que esto ocurra que actúe la Ley de la Incubación (incremento de miedo y resistencia a la extinción) es necesario que concurren ciertas circunstancias: como la existencia de un condicionamiento pavloviano tipo B, un nivel relativamente elevado de respuesta de miedo y repeticiones breves de exposición al estímulo fóbico.

Finalmente la posible contribución genética no se descarta, hay investigaciones, aunque menos, que sugieren que esta contribución genética es posible (Rose y Ditto, 1983), (Stevenson, Batten y Cherner, 1992), (Kendler, Nale, Kessler, Heath y Eaves, 1992).

## 2. Método

Exploración del sujeto, motivo de consulta e historia del problema

### 2.1. Presentación del caso

R. es una niña de 6 años a la que traen sus padres a consulta porque presenta un intenso miedo y negativa a comer alimentos sólidos de todo tipo, a veces en momentos de alta ansiedad no traga ni la saliva. Bebe y come purés con gran dificultad y angustia y el tiempo que emplea en las comidas blandas es de hora y media aproximadamente. Como consecuencia de esto, ha tenido una pérdida considerable de peso para su edad (4 k.). Se ha descartado un posible problema físico, después de visitar al médico especialista y realizarle una gastroscopia que resultó clínicamente normal.

### Características generales del sujeto y su contexto

La unidad familiar se compone de sus padres y una hermana mayor que ella 2 años. Nunca ha sido vista por ningún problema psicológico. No ha tenido enfermedades de importancia y su evolución y desarrollo es normal. Su comportamiento en casa suele ser bueno, es una

niña obediente a la que se la riñe o castiga en pocas ocasiones. Tiene un rendimiento escolar normal, sin problemas de adaptación. La relación con niños/as de su edad es buena, así como con su hermana. Tiene aficiones y hábitos normales para su edad y es en general algo tímida, con miedos varios y muy perfeccionista, respeta mucho las normas y las lleva al extremo. Es una niña propensa a tener miedos y también de vómito fácil. Los padres cuando vienen a consulta dicen estar desesperados, pues no saben que hacer y les preocupa que esta situación se mantenga en el tiempo o se agrave. La madre muestra una ansiedad y preocupación alta. A lo largo de las sesiones se detectan miedos y alguna fobia (a la sangre) en la madre.

## 2.2. Evaluación

La evaluación inicial se realizó a lo largo de 3 sesiones. Los procedimientos de recogida de información que se utilizaron para la evaluación del caso fueron los siguientes:

- Entrevista con los padres y con la niña, esta técnica se utilizó en todas las sesiones.
- Autoinformes: Se completaron los instrumentos señalados a continuación:
- Cuestionario de miedos infantiles (Pelechano, Baguera, Botella, Rodán, 1984) para padres
- Escala IDG (J.L:Capafóns, C.D.Sosa y F.Silva)
- GRASP The General of affective Symptoms for Preeschoolers (kashani, Holcomb y Orvashel, 1986).
- Inventario de comportamiento infantil CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983)

## 2.3 Hipótesis histórica y análisis funcional

A partir de la información recogida en las dos primeras sesiones, se elaboró la hipótesis histórica sobre el origen del trastorno, así como el análisis funcional que explica el mantenimiento actual del mismo.

### 2.3.1. Historia del problema

El problema del «miedo a tragar» comenzó dos meses antes de acudir a consulta psicológica.

Los *antecedentes* fueron:

- Cuando después de un viaje largo, estando cenando en familia, se hizo un comentario sobre un niño que se había asfixiado comiendo, a esto, la niña reaccionó dejando de comer e incluso vomitó. Los días posteriores comió menos y con dificultades.
- Aproximadamente a los diez días, estando en el colegio, se atragantó con un caramelo, lo pasó muy mal, lloró y tuvo una reacción de miedo exagerada, su padre fue a buscarla. Ese día no comió nada y los cuatro días siguientes apenas quiso comer.
- Los padres preocupados la llevaron al médico y en la exploración se le realizó una gastroscopia, lo que unido al gran temor de la niña a atragantarse, supuso una experiencia sumamente aversiva. Desde entonces se negó en rotundo a comer, accediendo ante la presión y amenazas de llevarla otra vez al médico a comer solo purés con gran esfuerzo y empleando un tiempo excesivo. Esta situación se mantuvo hasta el día que vinieron a consulta psicológica. La niña no quería oír ni hablar de comidas, ni de su problema y reaccionaba con elevada ansiedad (se tapaba los oídos, salivaba y no se tragaba la saliva, la echaba en un pañuelo). En ningún momento hace mención a su miedo, ni cuando se le pregunta directamente, lo evita de forma rotunda.

*Respuesta:*

- Fisiológica: tensión en la garganta y lengua en cierre, deglución retardada y muy forzada, náuseas, alteración de la salivación
- Cognitiva: anticipar que no va a poder tragar, que se va a atragantar y que se va a ahogar, recuerdos traumáticos relacionados con el tema (gastroscopia, atragantamiento, historia del niño asfixiado). Pensar que tiene que comer aunque no quiera.

– **Motora:**

Evitación pasiva: no comer alimentos sólidos

Evitación activa: enlentecimiento de cada acto de tragar, quejas, comer siempre los mismos purés.

Escape: no oír hablar del tema (tapa oídos), no hablar de ello en ningún momento, no elige comidas ni quiere hablar de ellas.

*Consecuencias:*

- Refuerzo negativo: reducción de la ansiedad al comer solo purés o al dejar de comer otro tipo de sólidos. Come en casa y no en el comedor del colegio como hasta entonces, y siempre prefirió comer en su casa, aunque lo hacía en el comedor del colegio.
- Refuerzo positivo: mimos y atención por parte de padres.
- Consecuencias negativas: posible habituación a una forma de comer restringida, pérdida de peso, presión, preocupación y reproches por parte de padres en las comidas, duración excesiva de tiempos de comida.

*Diagnóstico:* Fobia específica a tragar adquirida por: experiencias directas de tipo traumático y a través de información.

*La hipótesis de mantenimiento de la fobia a tragar* de R. Se explica de la siguiente forma: la evitación pasiva y activa están reforzadas negativamente por la reducción de la ansiedad que le produce pensar durante la comida que se va a ahogar. No se expone adecuadamente de forma que la reacción de ansiedad se convierte en un círculo cerrado. También contribuye el refuerzo positivo de atención y mimos y el comer en su casa. El proceso se inicia con pensamientos antecedentes de que tiene que comer aunque no quiera, que no va poder tragar y que se va a ahogar, esto le tensa realmente la garganta y hace que tenga más dificultad para tragar, haciendo más difícil el acto de comer y manteniendo el problema. La ansiedad aumenta al tener que desobedecer a sus padres que la animan e insisten en que tiene que comer y al ver sus caras de preocupación en momentos clave.

Cuando come purés, piensa que lo va a tragar mejor y que no se atragantará o será más leve, como la tensión inicial es menor, traga mejor, reforzando su idea de que con estos alimentos el problema se reduce. Hay un problema circunstancial añadido y es que se le han caído varios dientes y en estos momentos tiene varios que se le mueven bastante lo que dificulta la masticación, además del miedo a tragárselos. También se detecta cierta vulnerabilidad ansiosa.

*Conductas problema:* ansiedad y miedo excesivos, conductas de evitación activa y pasiva y pensamientos negativos, estado de ánimo algo deprimido.

Presenta otros miedos menores: a los hospitales desde que la realizaron la gastroscopia, miedo al fracaso y a la crítica y a subirse al ascensor.

*Motivación y recursos de la paciente.*

R. se adapta adecuadamente a la situación de evaluación. Es una niña muy colaboradora y obediente, pone atención, cuidado y entusiasmo.

*Objetivos terapéuticos:*

1. Reducir el grado de ansiedad y temor que genera la situación
2. Proporcionar ayudas externas a la niña para que se aproxime a la situación
3. Producir cambios internos para facilitar el enfrentamiento
4. Motivarla para que repita su conducta valerosa hasta que pierda el miedo por completo
5. Reducir el tiempo de las comidas
6. Que ingiera comidas de todo tipo habituales en su repertorio antes de la fobia.

Se partió de la siguiente línea base (tabla 1).

## Tratamiento

La intervención se realizó en 11 sesiones (1 a la semana)

A) Se utilizaron como inhibidores de la ansiedad:

Tabla 1. Línea base de alimentos en la fase de evaluación.

<b>Alimentos que ingiere (con dificultad)</b>	<b>Alimentos que no ingiere</b>
Batidos, leche, zumos, helados, Purés Yogurt, natillas Croquetas, empanadillas Arroz Albóndigas Sandía Pan mojado Chucherías: gusanitos Pechuga desmenuzada Yema de huevo Lasagna	Filetes en ninguna de sus variedades Chuletas de cerdo, ternera, cordero Pescado de ningún tipo Lentejas Judías Garbanzos Comida en trozos de cualquier tipo (chorizo, queso, jamón, zanahorias, tomates, etc.) Verduras que no sean en puré (nunca estuvo acostumbrada) Pizza Bocadillos Pan seco, tostado Melón, plátanos, peras, manzanas Pan de molde (sanwich) Cereales Caramelos y otras chucherías Huevos fritos o cocidos enteros (solo yema de frito) Tortilla francesa y de patata Ensalada Chocolate

- Relajación muscular de Jacobson: Se le enseñó en consulta y lo practicaba antes de la comida y de la cena.
- Moldeamiento (práctica reforzada) Ejercicio de tragar en seco en consulta como movimiento de «seguridad».
- Explicación de lo que son : «accidentes» (para tratar la generalización por parte de ella) «niños que se ponen enfermos si no comen» «dificultades que pueden surgir en la comida y como debe reaccionar» «similitud entre puré y cuando masticas mucho los alimentos sólidos» «desdramatización del impacto del posible atragantamiento, normalización.
- Autoinstrucciones para el afrontamiento.
- Imágenes emotivas (viaje a Disneylandia con comida incluida y al zoológico).

B) Otras técnicas empleadas fueron:

- Control de estímulos: Colaboración de otras personas significativas en la aplicación del tratamiento con el fin de evitar

excesiva atención a las conductas fóbicas, sobreprotección, etc.).

- Modelado simbólico: Cuentos en consulta sobre niños que vencen sus miedos, sobre médicos que curan a niños, niños que se atragantan y no les pasa nada, etc.
- Modelado participante: merienda en consulta con una niña de su edad (para incorporar algunas frutas en su alimentación).
- Juego simbólico: Colorear y dibujar sobre asuntos relacionados con sus miedos con historias divertidas (frutas tristes si ella no quería comerlas, luego muy sonrientes cuando conseguía comerlas, etc). Colorear libro de cómo vencer tus miedos y seguimiento del mismo en consulta. Dibujo dedicado de la niña que hizo de modelo en una merienda a R. como campeona.
- Autorregistros: se le encargó que apuntase cada día el tiempo que tardaba en cada comida en principio como un juego, y refuerzo contingente en consulta para los tiempos más bajos.

- Prevención de respuesta: Se le dieron pautas para prevenir y de actuación ante posibles atragantamientos, desdramatización sobre ello y afrontamiento y ante la visión de elementos no comestibles en el plato (huesos, espinas, etc) ya que esto le generaba rechazo y alta ansiedad.
- **Exposición en vivo a las situaciones temidas** (aproximación gradual a los estímulos temidos), se fueron introduciendo poco a poco alimentos sólidos según texturas, consistencia y gusto, comentándolo primero con los padres y después se acordaba con la niña a solas en consulta los alimentos a introducir y su valor (piezas de puzzle «gato»).
- *Refuerzo contingente* a todos y cada uno de sus progresos, así como instrucciones a los padres para que siempre se hiciera el momento de la comida un momento agradable, sin tensiones, no agobiarla ni hablarla del tema. Además después de terminar de comer, se buscó refuerzos como lecturas de cuentos por parte de la madre o padre u otros refuerzos agradables para ella (pero no como condición, sino de forma encubierta).
- *Sistema de refuerzos*: en casa se le daban piezas de puzzle por hacer la relajación, que practicó diariamente. En consulta obtenía refuerzo social por su conducta valerosa y piezas de un puzzle con la figura de un gato, según iba incorporando alimentos. Cuando consiguiera todas las piezas del puzzle del gato que ella iba montando, este sería su regalo final «un gato de verdad» (la niña se decantó por ese premio y se negoció el primer día de consulta).

#### C) Indicaciones para padres:

- Retirar la atención (hasta entonces excesiva) sobre el acto y el problema de la niña, no amenazas, no exigencias, no caras de angustia.
- No proporcionar a la niña ventajas o privilegios especiales por su miedo (mayor atención, abrazarla, etc.), cuando tiene miedo, que no haya protección paterna que evite el enfrentarse a la situación

temida, tampoco demasiados mimos y concesiones, pues esto puede hacer que las reacciones de temor se perpetúen.

- Si el tiempo de comida se alarga demasiado, la madre no permanecería con la niña en la mesa esperando, debía levantarse y retirarla su atención.
- Complejo vitamínico para contrarrestar la debilidad física generada por el adelgazamiento.
- Registro diario de lo que come la niña, sus tiempos, posibles contratiempos, R de miedo o evitación y los E antecedentes y consecuentes a tales respuestas y sus características y efectos de tales R en la niña y quienes le rodean.
- Distracción durante la comida (TV, historias....) y refuerzo inmediatamente posterior al final (juegos, cuentos, cosas divertidas ...).
- Explicación y entrega por escrito del uso de refuerzos
- Explicación y entrega por escrito de normas generales para prevenir temores en niños con especial hincapié en la madre, por estado y naturaleza más ansiosa.

## Resultados

1.º Durante la intervención, se fueron consiguiendo todas las metas u objetivos propuestos: significativa reducción del miedo a comer al igual que de tiempos de duración de comidas, así como incorporación de alimentos sólidos en todas sus variedades [tabla 2 y 3 (A.B)].

La exposición fue acordada y graduada, con mínimas resistencias y sin retrocesos, realizándose con éxito y continuidad. Debido a que se trataba de una conducta problema que forzosamente tenía que repetirse varias veces al día y también a la buena colaboración de la niña y sus padres el avance fue bastante rápido. El miedo y ansiedad desaparecieron en su mayor parte y la niña come todo tipo de comidas, también el tiempo empleado para comer disminuyó, tardando como media 20-25' (considerado normal).

**Tabla 2.** Progresos en la ingestión: incorporación de alimentos sólidos

<b>Día</b>	<b>Alimentos</b>
Miércoles 13	Cena: 5 mini empanadillas , yema de 2 huevos, 2 croquetas, vaso de leche.
Jueves 14	Comida: Puré (cocido, carne y verduras), yogur. Cena: Albóndigas con salsa, vaso de leche.
Viernes 15	Comida: sopa de fideos, puré (cocido, verduras, carne), natillas. Cena: Puré de verduras, albóndigas vaso de leche.
Sábado 16	Comida: spaguetti, yogur. Cena: 5 mini empanadillas, 2 croquetas, trocito de melón, leche.
Domingo 17	Comida: paella, natillas. Cena: yema de huevo frita, media salchicha y algunas patatas fritas con tomate frito.
Lunes 18	Comida: puré de lentejas, sandía. Cena: Lasagna, empanada, leche, sandía.
Martes 19	Comida: puré de verduras, trocitos de pollo con salsa, sandía y yogur. Cena: 4 mini empanadillas, media salchicha con tomate.
Miércoles 20	Comida: puré de lentejas con carne, sandía y yogu.r Cena: media tortilla francesa con tomate frito, sandía, leche.
Jueves 21	Comida: puré de verduras con pollo, pan con salsa, yogur, sandía. Cena: 5 mini empanadillas, 2 croquetas, pan con salsa de tomate, sandía leche.
Viernes 22	Comida: puré de judías, trocitos de pollo en salsa, natillas. Cena: 4 mini empanadillas, leche.
Sábado 23	Comida: puré, yogur. Cena: 4 mini empanadillas, leche.
Domingo 24	Comida: paella trocitos pequeños de pollo, sandía. Cena: 3 yemas de huevo con pan mojado, leche.
Lunes 25	Comida: sopa de fideos, puré de garbanzos, sandía. Cena: puré de verduras y mini empanadillas.
Martes 26	Comida: sopa de fideos, puré de garbanzos, yogur. Cena: patatas fritas con tomate, 4 mini empanadillas, 2 croquetas, leche.
Miércoles 27	Comida: arroz con pollo (poco). Cena: puré de verduras y muchas albóndigas con salsa y pan, sandía, leche.
Jueves 28	Comida: puré de lentejas, sandía, yogur. Cena: puré de verduras, muchas albóndigas , sandía, leche.
Viernes 29* *	Comida: arroz blanco con tomate frito, sandía. Cena: puré 3 mini empanadillas, leche.
Sábado 30	Comida: spaguetti con atún (come æ partes), melón (lo mastica pero no lo traga, yogur. Cena: Tortilla francesa con tomate frito, sandía, leche.
Domingo 31	Comida: paella de pollo y <sup>1</sup> / <sub>2</sub> salchicha, sandía. Cena: lasaña, sandía, leche.
Lunes 1	Comida: sopa de estrellas y pollo en salsa, yogur. Cena: tortilla de patata machacada, 3 empanadillas grandes, sandía, leche.
Martes 2	Comida: lentejas enteras (y repitió), pan, natillas. Cena: albóndigas en salsa, pan, león (lo mastica y no lo traga), leche.



**Tabla 2.** Progresos en la ingestión: incorporación de alimentos sólidos (continuación)

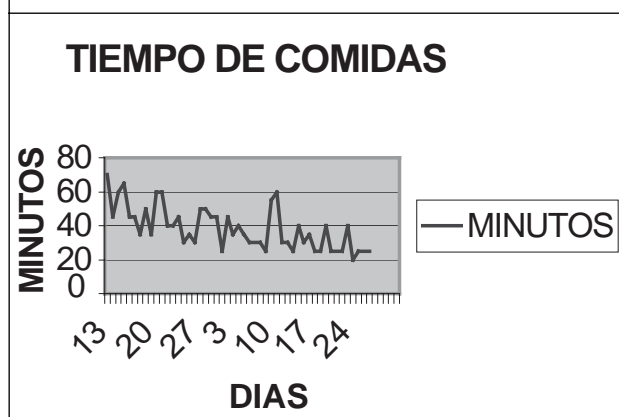
<b>Día</b>	<b>Alimentos</b>
Miércoles 3	Comida: espirales de pasta con salsa de atún y tomate. Cena: Tortilla francesa de atún, albóndigas en salsa, leche.
Jueves 4	Comida: puré de verduras, pollo con zanahoria en salsa, pan, sandía. Cena: pizza, 3 croquetas, e empanadillas grandes, helado, leche.
Viernes 5	Comida: arroz blanco con tomate, salchichas trozos, sandía en trozos. Cena: 2 varitas de pescado (con quejas), patatas fritas, sandía en trozos.
Sábado 6	Comida: lentejas enteras, trocitos de lomo en salsa (1/2 filete), pera (con quejas). Cena: tortilla de patata con tomate, trocitos de lomo con pan (1 filete), sandía, leche.
Domingo 7	Comida: paella de pollo (repitió) natillas. Cena: 2 yema de huevo frito, pan, trozos de clara también, sandía, trozo de empanada de atún.
Lunes 8	Comida: puré de verduras, albóndigas en salsa, pan, yogur. Cena: 3 varitas de pescado (casi sin quejas), albóndigas. Melón (no lo quiso).
Martes 9	Comida: sopa de fideos, puré de garbanzos, sandía. Cena: 3 empanadillas grandes, 2 croquetas, leche.
Miércoles 10	Comida: Sopa de cocido, puré, melón (no lo quiso) y leche. Cena: tortilla de patata con tomate frito, trozos de salchicha con tomate.
Jueves 12	Comida: espirales con salsa de tomate (no los termina), trozos finos de pera (con quejas y tardando) <b>se atragantó</b> . Cena: 3 varitas de pescado con tomate, patatas fritas, leche.
Viernes 13	Comida: puré de verduras, filetes rusos con tomate, melón (lo mastica, pero no lo traga). Cena: Jamón de york (no lo come), puré, tortilla, trozos de pera, leche.
Sábado 14	Comida: lentejas (con 3 trozos de chorizo), salchicha en trozos, melón (no lo traga). Cena: lasaña, patatas fritas, 1/2 pera en trozos.
Domingo 15	Comida: paella con pollo, trozos de melón (se tragó algunos con quejas). Cena: tortilla de patata, 3 empanadillas grandes, pera.
Lunes 16	Comida: puré de verduras, pollo en salsa, (trozos), melón (muy bien). Cena: tortilla de patata, 4 varitas de merluza, sandía.
Martes 17	Comida: macarrones con atún y tomate, 1/2 plátano, yogur. Cena: filete de lenguado, patatas fritas, helado.
Miércoles 18	Comida: alubias enteras con chorizo (muy bien), melón. Cena: empanadillas, croquetas y salchichas, melón.
Jueves 19	Comida: puré de verduras, filetes rusos (bien), melón. Cena: tortilla de patata, empanadillas, plátano.
Viernes 20	Comida: sopa de fideos, melón. Cena: Empanadillas y croquetas, patatas fritas y pera.
Sábado 21	Comida: Paella con trocitos de pollo, yogur. Cena: Empanadillas y croquetas, patatas fritas y plátano.
Domingo 22	Comida: spaquetti con tomate, sandía. Cena: tortilla francesa, salchichas (en trozos grandes), melón.
Lunes 23	Comida: lentejas (repitió 2 veces), 1 trozo de chorizo y pera. Cena: 4 varitas de pescado, patatas fritas, sandía.

**Tabla 2.** Progresos en la ingestión: incorporación de alimentos sólidos (continuación)

Día	Alimentos
Martes 24	Comida: puré de verduras, flete ruso en salsa, yogur. Cena: tortilla de patata, leche.
Miércoles 25	Comida: judías blancas, pan, yema de huevo frito, melón en trocitos. Cena: puré de verduras, albóndigas, pan, leche.
Jueves 26	Comida: sopa de estrellas, garbanzos con trocitos de carne y zanahorias, sandía. Cena: empanada, patatas fritas, plátano.
Viernes 27	Comida: lentejas con trocitos de chorizo, pan, $\frac{1}{2}$ manzana en trocitos. Cena: filete de solomillo en salsa, patatas fritas, pera.
Sábado 28	Comida: macarrones con atún y tomate, manzana. Cena: aperitivos variados.
Domingo 29	Comida: Arroz blanco con huevo frito (yema y clara) y salchichas, sandía. Cena: 2 varitas de pescado, 3 croquetas, 1 plátano.
Lunes 30	Comida: puré de verduras, filete de lenguado, $\frac{1}{2}$ manzana. Cena: 2 chuletas de cordero, patatas fritas y melón.

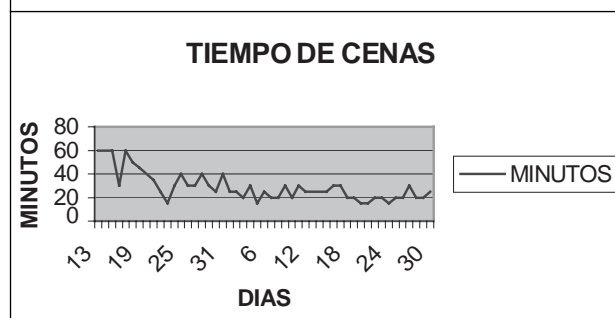
Hasta el día 29\*\* la niña venía desayunando solo leche, y en las meriendas yogur, zumos helados y galletas. A partir del día 29 se fueron incorporando progresivamente en la alimentación cereales, trozos de jamón, queso, tostadas, chocolate, chucherías, doritos, sandwich (primero con productos blandos, luego con sólidos), palomitas, bollos, etc.

A partir de este momento, la niña comía normalmente lo que se preparaba en casa para todos. Como la mayoría de los niños de su edad comía con dificultad las verduras porque no le gustaban y antes de desarrollar la fobia no las quería.

**Tabla 3 (A).** Progresos en la reducción del tiempo de comida

El día 12 se atragantó con un trozo de pera, lo que incrementó el tiempo en la comida siguiente (no repercutió en su progresiva incorporación de alimentos).

2.º La técnica de exposición en imaginación emotiva se utilizó de forma introductoria y para superar mínimas resistencias, así como y para crear repuestas emocionales contrarias a la ansiedad, al igual que el modelado participante

**Tabla 3 (B).** Progresos en la reducción del tiempo de comida

que se puede considerar como una exposición con ayudas adicionales. Ambas técnicas fueron un complemento de la exposición en vivo que fue resuelta con éxito y sin retrocesos, sus efectos aumentaron las expectativas de mejora de la niña y facilitaron la extinción de las respuestas condicionadas de ansiedad, así como el desarrollo de un cambio de expectativas temerosas instaurando un sentimiento de seguridad ante el acto de comer necesario. La parte más cognitiva de la intervención, consistió en distintas expli-

caciones cuyo efecto principal fue la disminución de la sobrestimación del miedo a atragantarse, que junto con la práctica de la relajación inmediatamente anterior a la ingesta sirvió para controlar las respuestas de activación y pensamientos anticipatorios y para facilitar la exposición. La colaboración de los padres en la aplicación del tratamiento, así como el afán de logro de la niña ayudaron en la evolución de la terapia. El uso de juegos y el sistema de refuerzos con regalo final motivó como se esperaba a la niña y su implicación en la consecución de logros.

La niña mejoró su estado de ánimo en general y su interés por las comidas, así como su confianza y capacidad de afrontamiento ante otras situaciones que le generaban temor; se hizo una exposición reforzada para el miedo a subir en ascensor que superó en pocos días. También se generalizaron los efectos positivos a otros miedos menores como el miedo los médicos y al fracaso y críticas, que se trataron indirectamente con la niña y con los padres.

3.º El seguimiento se realizó al mes y medio del alta, a los 3 meses, y a los 9 meses y los resultados terapéuticos se mantienen. Los primeros meses después del alta los padres dejaban a la niña en el comedor del colegio tan solo 2 días a la semana, no a petición de la niña, sino con el fin de controlar ellos el momento de la comida. En la última sesión de seguimiento ya

llevaba 3 meses comiendo a diario en el colegio y sin problemas a destacar, come de todo y sin temor ni ansiedad. En las sesiones de seguimiento el trabajo se realiza especialmente con la madre para tratar mayormente resquicios de su temor ante la posibilidad de que vuelva a recaer y resaltando la importancia de su actitud ante la niña para prevenir otros miedos, pues en la niña se mantienen los resultados favorables, sin recaídas.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson
- Bonet, T. (1991) Voy a aprender a ser un niño valiente, a no tener miedo, a no ponerme nervioso. Madrid: Promolibro-Cinteco.
- Bragado, M.C. (1994) Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Echeburúa, E. (1993) Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid: Pirámide
- Mendez, F.X. y Macía, D. (1988) Escenificaciones emotivas: una técnica para las fobias infantiles. Análisis y modificación de conducta, 14:323-351
- Pelechano, V. (1984) Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos. Valencia: Alfaplus
- Sandín, B. (1997) Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson
- Vallejo M.A. (1998) Manual de terapia de conducta. Madrid: Dykinson

## AGRADECIMIENTOS

Acción Psicológica quiere mostrar su agradecimiento a las personas que con su criterio han colaborado como evaluadores de los artículos publicados en la revista.

Bonifacio Sándin.  
Cristina Rechea.  
Encarnación Sarriá.  
Enrique Lafuente.  
Herminia Peraita.  
Isabel Barbero.  
José Bermúdez.  
José Luis Martorell.  
José María Luzón.  
León Carrión.  
Marcos Ruiz.  
Margarita Revenga.  
María Dolores Avia.  
María Luisa Roa.  
Marta Isabel Díaz García.  
Miguel Ángel Carrasco.  
Paloma Chorot.  
Vicenta Mestre.